

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1899, à 1 heure

Par ALBERT CANONNE

INTERNE A L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

Né à Saumur, le 4 avril 1873.

ÉTUDE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Pour rétablir la continuité du Tube digestif après la

GASTRECTOMIE PARTIELLE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. } BLUM, Professeur.
 } HUMBERT et LEGUEU, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1899, à 1 heure

Par ALBERT CANONNE

INTERNE A L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

Né à Saumur, le 4 avril 1873.

ÉTUDE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

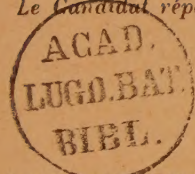
Pour rétablir la continuité du Tube digestif après la

GASTRECTOMIE PARTIELLE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } BLUM, Professeur.
 } HUMBERT et LEGUEU, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	
Professeurs.....		BROUARDEL.
Anatomie.....		MM.
Physiologie.....		FARABEUF.
Physique médicale.....		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.....		GABRIEL.
Histoire naturelle médicale.....		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BLANCHARD.
Pathologie médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		HUTINEL.
Histologie.....		LANNELONGUE.
Opérations et appareils.....		CORNIL.
Matière médicale et pharmacologie.....		MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique.....		TERRIER.
Hygiène.....		POUCHET.
Médecine légale.....		LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		PROUST.
Pathologie comparée et expérimentale.....		BROUARDEL.
		N...
Clinique médicale.....		CHANTEMESSE.
Maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		RAYMOND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Cliniques d'accouchements.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (Aug.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (André).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONPROFIT

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A l'Ecole de Médecine et à l'Hôpital d'Angers

A MES PROFESSEURS

De la Faculté de Médecine de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Ecole et l'Hôtel-Dieu d'Angers où nous avons passé, peut-être, les meilleures années de notre vie, nous sommes heureux d'adresser un témoignage de reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé dans la poursuite du but que nous nous étions donné, à nos parents d'abord, qui n'ont reculé devant aucun sacrifice pour nous permettre de mener à bien nos études médicales, aux amis dévoués qui nous ont prêté leur appui, aux maîtres enfin, qui nous ont aidé de leurs conseils et fait profiter de leur savoir.

A notre entrée à l'Ecole de Médecine, nous avons trouvé auprès de son directeur M. le Dr Legludic, un accueil des plus bienveillants, des paroles d'encouragement, des marques d'intérêt que nous n'oublierons pas.

L'étude de l'anatomie, toujours aride pour le débutant, nous fut rendue plus attrayante par les originales et intéressantes leçons de M. le Dr Chanier ; par l'enseignement pratique de M. le Dr Mânu dont les sa-

vantes et artistiques démonstrations ont laissé dans notre esprit des souvenirs durables.

Dans nos premières années de médecine, M. le Dr Bahuaut nous faisait part de ces récentes découvertes bactériologiques qui ont révolutionné les sciences médicales ; c'est dans son laboratoire qu'il nous fut donné d'admirer le zèle ardent du professeur, et d'apprécier l'affabilité généreuse qu'il prodiguait autour de lui.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir profiter des leçons de MM. les professeurs Douet, Tesson, Thibaut, Bocquel ; nous tenons à leur exprimer ici notre profonde gratitude, ainsi qu'à M. le Dr Petit qui se mit si gracieusement à notre disposition pour nous donner les principes d'odontologie dont nous avions besoin. — A l'hôpital, nous avons rencontré la même science et le même dévouement. Nous adressons un respectueux hommage de reconnaissance à la mémoire de M. le Dr Dezanneau qui nous initia aux difficultés du diagnostic chirurgical et nous accueillit toujours avec la plus grande bienveillance. Nous avons passé auprès de M. le professeur Feillé un temps véritablement trop court pour profiter de son enseignement autant que nous l'aurions voulu, mais suffisamment long cependant pour apprendre à l'estimer et pouvoir l'assurer de notre vive affection.

D'ailleurs, nous avons eu la bonne fortune de retrouver dans le même service M. le professeur Jagot dont nous avons été l'interne. Dans de savantes leçons, dans d'agréables et intéressantes causeries au lit des malades, nous avons appris bien des choses d'un intérêt

éminemment pratique; nous avons été à même d'apprécier, en outre, tout le bien que peut faire un médecin avec sa science et avec son cœur. Des six mois que nous avons passés dans son service, nous conserverons le meilleur souvenir! Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre profonde reconnaissance!

Enfin d'heureuses circonstances nous ont permis d'être attaché à différentes reprises au service de M. le professeur Monprofit. C'est lui qui a été notre dernier maître, c'est à lui que nous devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales, car en l'assistant dans de nombreuses interventions, nous avons été à même de comprendre les résultats merveilleux qu'on est en droit d'attendre, aujourd'hui, d'un chirurgien expérimenté, à la décision prompte, à l'exécution facile.

C'est enfin sous son inspiration, et à l'aide des documents qu'il a bien voulu nous confier, que nous avons entrepris ce travail. Nous avons contracté à son égard une dette de reconnaissance que tout notre dévouement ne saurait parvenir à combler!

Ce n'est pas sans regret que nous quittons l'Hôtel-Dieu d'Angers! Du personnel hospitalier, de nos collègues de l'Internat en particulier, nous emportons le meilleur souvenir. Nous avons trouvé dans leur société la plus franche camaraderie, la plus sympathique cordialité, et nous y comptons des amis sincères et dévoués dont le souvenir ne s'effacera jamais de notre mémoire.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Pendant le cours de notre internat à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de résections partielles de l'estomac dans le service de clinique chirurgicale de M. le Dr Monprofit. Ces résections, pratiquées, en majeure partie, pour tumeurs pyloriques étendues du côté de l'estomac, furent exécutées suivant divers procédés opératoires, différant entre eux par le mode d'anastomose employé pour rétablir la continuité du tube digestif.

L'étude comparative de ces procédés nous a paru digne de quelque intérêt, et M. le Dr Monprofit nous a donné l'idée d'en faire le sujet de notre thèse.

Après quelques mots d'historique sur la pylorectomie, nous nous proposons donc d'exposer d'abord les trois principaux modes d'anastomose gastro-intestinale; de discuter ensuite leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, l'emploi judicieux de chacun d'eux.

Enfin, nous aidant des observations que nous avons soigneusement recueillies, des lectures que nous avons

faites et des conseils qui nous ont été donnés, nous essaierons de déterminer la ligne de conduite à suivre pour rétablir la continuité du tube digestif après la résection pyloro-gastrique.

HISTORIQUE

Il faut remonter jusqu'au 9 avril 1879 pour voir Péan tenter sur l'homme la première gastrectomie partielle. Cette tentative infructueuse, puisque l'opéré mourut cinq jours après, fut reprise à Vienne en 1880 par Rydygier qui, encore moins heureux que son prédécesseur, vit son opéré succomber quelques heures après l'intervention. Ces insuccès, qui discréditèrent en France la chirurgie de l'estomac, ne découragèrent point Billroth à qui revient l'honneur d'avoir présenté en 1881 le premier cas de guérison. Celui-ci trouva dans Rydygier, Wolfier, Czerny, Kronlein d'enthousiastes partisans et de puissants vulgarisateurs. Mais, de 1879 à 1892, pendant cette période que M. Urbain Guinard, dans sa remarquable thèse de 1898, qualifie de période héroïque de la chirurgie de l'estomac, les statistiques ne sont pas encourageantes. Cela tient à ce que l'asepsie n'a pas encore détrôné l'antisepsie, que la technique opératoire est incertaine, et qu'il n'est pas fait un choix judicieux des cas à opérer. Aussi, pendant cette

période, la gastrectomie est-elle considérée comme un procédé d'exception. Des chirurgiens comme Jaboulay, Lauenstein en conseillent presque l'abandon en faveur de la gastro-enterostomie.

Depuis 1892, les statistiques se sont considérablement améliorées par ce fait que le chirurgien s'est trouvé dans des conditions meilleures. L'asepsie est désormais entrée dans nos mœurs ; les indications et les contre-indications des résections stomacales sont mieux connues, la technique opératoire s'est enrichie des faits de Quenu, Chaput, Doyen, Monprofit, Defontaine, Jaboulay, Peugniez, Tuffier, Ricard, etc. Tout récemment enfin, cette technique vient d'être définitivement fixée par les remarquables travaux de MM. Hartmann et Terrier sur la chirurgie de l'estomac.

Aussi la gastrectomie en défaveur en France pendant ces dernières années, tend à gagner du terrain de jour en jour. Les recherches de Mintz lui ont été favorables en prouvant que les fonctions de l'estomac sont rétablies après les réssections pyloro-gastriques pour cancer, alors qu'elles restent anormales après la gastro-enterostomie. La présence du néoplasme entretient presque toujours en effet un certain trouble dans le chimisme stomacal, l'atrophie consécutive de l'organe et quelquefois aussi la persistance des douleurs. Enfin, en plus de sa valeur palliative supérieure à tout autre intervention, la résection seule, si faibles que soient les chances d'une cure radicale, peut laisser au malade un espoir de guérison.

Elle est donc pour l'instant la méthode de traitement

qui conserve la place d'honneur et elle doit, suivant Kocher, rester l'opération de l'avenir pour le carcinome de l'estomac.

D'ailleurs, dans l'état où se trouve actuellement la chirurgie de l'estomac, après les brillants résultats qu'elle a donnés, nous pouvons affirmer bien haut avec M. Hartmann, que tout cancer de l'estomac diagnostiqué doit être aussitôt opéré, à moins que l'état général du malade ou l'extension de la lésion ne constitue une contre-indication à l'intervention. Nous nous permettons même d'avancer que tout malade s'acheminant vers la cachexie par suite de vomissements fréquents et rebelles à tout traitement médical (alors même qu'on ne constate pas de tumeur de mœlena ou d'hématémèse), est susceptible néanmoins d'une laparotomie exploratrice qui permettra au chirurgien de reconnaître la cause du mal et d'essayer d'y apporter un remède.

CHAPITRE I

Exposé des principaux modes d'anastomose pour rétablir la continuité du tube digestif.

Les moyens employés pour rechercher la tumeur, la dégager des adhérences qu'elle peut avoir contractées, soit avec la paroi abdominale, soit avec les viscères adjacents (foie, pancréas, intestin, épiploons, etc.), les procédés auxquels on peut avoir recours pour pratiquer son ablation, sont aussi nombreux que variés ; mais leur étude ne présente qu'un intérêt secondaire : que l'on emploie pour l'occlusion de l'estomac et de l'intestin le procédé manuel de Péan et Billroth, que l'on ait recours aux compresseurs mécaniques de Rydygier, ou aux pinces de Gussenbauer, de Kuster, de Hartmann, de Doyen, les résultats restent sensiblement les mêmes quand le chirurgien est aseptique, prompt et expert dans son procédé de choix.

Mais, ce qui différencie essentiellement les procédés de résections pyloriques, pyloro-gastriques, gastrecto-

mies partielles, c'est le mode d'anastomose gastro-intestinale utilisé pour rétablir la continuité du tube digestif.

Trois grands procédés d'anastomose se sont disputés la faveur des chirurgiens. L'anastomose terminale, termino-latérale et latérale. Lorsque furent tentées les premières résections par Péan, Billroth, Rydygier, le moyen qui parut le plus rationnel fut celui qui consistait à aboucher directement l'orifice duodénal à l'orifice stomacal, rétréci ou non à l'aide d'une suture. Cette pylorectomie typique satisfaisait l'esprit en ce sens qu'elle ne changeait rien à la disposition anatomique des organes. Ce mode d'anastomose, dit de Billroth-Wolfler, donna de brillants résultats et fut le seul employé jusqu'en février 1890, époque où Kocher pratiqua la première gastro-duodénostomie. Actuellement encore, Mickulicz, Kappeler, Hahn emploient avec succès ce procédé initial de l'école de Billroth, procédé dont Krönlein donne la description suivante.

Premier temps. — Incision de la ligne blanche entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic longue de 12 à 14 centimètres. Ouverture de la cavité abdominale, pincement des bords péritonéal et cutané avec de fortes pinces.

Deuxième temps. — Attirer l'estomac autant que le volume du néoplasme et les adhérences le permettent et isoler la grande et la petite courbure jusqu'un peu au-delà des limites de la tumeur. Tarir soigneusement, par des ligatures à la soie, l'hémorrhagie qui provient des incisions du grand et du petit épiploon. Attirer la région

pylorique au dehors de la cavité abdominale, mettre au-dessous de l'organe des compresses humides stérilisées pour séparer la cavité abdominale du champ opératoire. Mise en place des compresseurs. Avec la forte pince de Billroth on saisit dans le diamètre transversal l'estomac et le duodenum sur les deux côtés de la tumeur, tout contre ses limites et on comprime solidement. On applique ensuite fortement et solidement un compresseur de Wolfler sur l'estomac sain, de façon à ce qu'une zone de paroi stomacale saine, large de 3 à 4 centimètres sépare ce compresseur du compresseur pour tumeur.

Troisième temps. — Section de toute la paroi stomacale tout contre la limite du « compresseur pour tumeur » à l'aide de plusieurs forts coups de ciseau commençant à la grande courbure et finissant à la petite. On relève la tumeur située entre les deux compresseurs pour tumeurs, adhérente encore au duodenum et on la renverse sur le bord droit de la plaie abdominale : on enveloppe la tumeur avec des compresses stérilisées qu'on laisse pour le moment en place. Désinfection soigneuse de la muqueuse stomacale devant le compresseur avec des tampons de sublimé (1 p. 1000).

Quatrième temps. — Suture d'occlusion immédiate de la section stomacale, le grand compresseur restant en place, avec du fil de soie ; la suture ininterrompue commence à la petite courbure et comprend toutes les couches de la paroi stomacale (muqueuse, muscles et séreuse). On arrête ainsi l'hémorrhagie des bords de la

plaie stomacale. L'orifice de la section stomacale étant ainsi réduit au calibre du duodenum, on le ferme d'abord avec un petit compresseur de Wolfler qu'on applique tout à côté et au-devant du grand compresseur ; puis on enlève ce dernier. Suit l'enfouissement de la suture d'occlusion par l'application d'une suture séreuse continue au-dessus d'elle, renforcée au besoin ça et là, par quelques points de suture séparés. Le moignon stomacal est ainsi préparé pour l'insertion du duodenum ; le petit compresseur tient encore fermée la lumière du petit orifice stomacal, tout en laissant cependant les bords de la plaie stomacale dépasser suffisamment le compresseur ; afin de permettre plus tard la réunion, avec le duodenum, par une suture circulaire sans changer de place le compresseur. Envelopper le moignon stomacal avec une compresse humide.

Cinquième temps. — On s'adresse maintenant à la tumeur et au duodenum. On enlève les compresses dans lesquelles ils étaient restés enveloppés ; on mobilise le duodenum aussi loin que possible vers la tête du pancréas ; on applique sur le duodenum un petit compresseur de Wolfler « compresseur duodenal » à une aussi grande distance que possible du « compresseur pour tumeur » situé en face de lui de façon à ce qu'il reste, entre le compresseur duodenal et le compresseur pour tumeur, une aussi grande manchette que possible de paroi saine ; et ce n'est qu'à ce moment qu'on fait la section du duodenum, le long du compresseur pour tumeur, à l'aide d'un coup de ciseau. La resection du

pylore est ainsi terminée. Désinfection soigneuse de la muqueuse duodenale au devant du compresseur.

Sixième temps. — Adaptation du duodenum à l'estomac et réunion des deux orifices par des sutures circulaires ininterrompues à la façon ordinaire (suture séreuse postérieure, muqueuse postérieure, muqueuse antérieure et séreuse antérieure) en terminant chaque anneau de suture avec la même aiguille et le même fil. Enfin, réunion du bout de la suture circulaire séreuse dans l'« angle de suture », avec le long bout de la suture séreuse d'occlusion, et renforcement de la suture à cet endroit par plusieurs points de sutures séreuses séparées, de façon à ce que « l'angle de suture » soit entièrement caché sous des surfaces séreuses réunies.

Septième temps. — Enlèvement du compresseur duodenal et du petit compresseur stomacal. Toilette du champ opératoire avec des compresses stérilisées de gaze sèche; enlèvement de toutes les compresses et réintégration de l'estomac dans la cavité abdominale.

Huitième temps. — Suture de la plaie de la laparotomie et pansement à trois étages (péritoine, fascia, peau).

Ce procédé typique que vient de nous décrire Kronlein est susceptible de subir quelques modifications pour s'adapter aux variétés des cas. Dans ces circonstances excessivement rares, où la tumeur limitée au pylore ne présente qu'un très petit volume, il peut arriver que les sections stomacales duodenales soient à peu près de mêmes dimensions. La suture d'occlusion du côté de l'estomac n'a plus sa raison d'être; l'abou-

chement peut se faire immédiatement. Toutefois comme l'orifice stomacal est toujours un peu plus grand que l'orifice duodenal, il suffit, pour avoir des sections de calibre égal, de sectionner obliquement du côté du duodenum.

Dans les circonstances beaucoup plus fréquentes où le néoplasme siégeant primitivement au pylore s'est étendu du côté de la grande ou de la petite courbure, Billroth pratique ses incisions obliques, en bas et à gauche, si le cancer siége à la grande courbure, en bas et à droite s'il siége à la petite. Dans le premier cas, il fixe le duodenum à la partie supérieure de la section stomacale; dans le deuxième à la partie inférieure afin d'éviter la formation de cul de sac.

Enfin, quand la tumeur est irrégulièrement étendue, on est obligé d'avoir recours à des incisions complexes suivant des lignes brisées, empiétant plus ou moins sur les courbures de l'estomac.

Dans seize de ses resections Kocher eut recours à la méthode primitive de Billroth et Wolfier, et dans deux autres, à la méthode modifiée consistant à refermer, après excision des parties malades, l'estomac et le duodenum, et à les réunir par une gastro-enterostomie. Mais le chiffre de la mortalité, 66 0/0, ne l'encouragea pas à continuer dans cette voie. Las des insuccès que lui donnait la pylorectomie typique, il imagina, au mois de février 1890, le procédé de gastro-duodenostomie qui porte son nom : procédé qui consiste dans l'implantation, du bout duodenal, dans un trou pratiqué sur une des faces de l'estomac complètement refermé.

Sur neuf resections pyloro-gastriques, deux fois seulement le chirurgien abouche le duodenum dans la paroi antérieure de l'estomac ; et toutes les autres fois dans la paroi postérieure. Voici comment Kocher pratique la pylorectomy avec duodenostomie.

Incision sur la ligne médiane, de 10 à 15 centimètres, descendant plus ou moins au-dessous de l'ombilic suivant la situation. Excision de l'ombilic ; hémostase complète. Après l'ouverture de la cavité abdominale, la tumeur est autant que possible attirée au dehors et ses limites exactement déterminées de chaque côté ; puis, avec la sonde cannelée, on décolle, sur une petite étendue, le grand et le petit épiploon de chaque côté de l'induration, de façon à créer des orifices pour le placement des compresseurs ; autant que possible ce décollement doit se faire à sec, sans ouvrir les vaisseaux. Le grand et le petit épiploon sont alors libérés, en haut et en bas, le long de la tumeur, avec les doigts ou des instruments. Tout vaisseau qui saigne doit être immédiatement lié ; en même temps on évite les gros vaisseaux qui, s'ils se rencontrent, sont repoussés de côté. Une fois la tumeur isolée, on passe sous elle de la gaze stérilisée dont on enveloppe le néoplasme et les parties adjacentes de l'estomac et du duodenum, afin de prévenir la pénétration éventuelle du contenu gastro-intestinal dans la cavité abdominale.

On place maintenant, à la limite du néoplasme, une pince à pression continue du côté du duodenum et deux autres, une par en haut, l'autre par en bas du côté de l'estomac. Les pinces sont des simple pinces à cré-

maillière, dans le genre de celles dont on se sert pour les artères. Elles doivent être solidement serrées ; car la crainte de provoquer la nécrose de l'intestin est purement illusoire.

Une seconde pince est ensuite placée sur le duodenum, à peu de distance, sur le tissu sain et parallèlement à la première ; l'intestin est coupé entre les deux, et la muqueuse qui fait hernie sous la pince soigneusement nettoyée au sublimé au 1000°. La partie du duodenum qui tient à la tumeur est enveloppée dans de la gaze stérilisée et attirée au dehors avec le néoplasme, tandis que la partie périphérique du duodenum, enveloppée dans de la gaze humide, estrabattue sur le bord droit de la plaie.

Un assistant saisit alors l'estomac en bas et le comprime entre le pouce et l'index de chaque main placée l'une en haut, l'autre en bas. On jette une compresse stérilisée sur les mains de l'assistant, et on coupe l'estomac le long des deux pinces placées auparavant. La tumeur étant vivement enlevée, on essuie le contenu stomacal ; on lie les vaisseaux qui saignent et on ferme la plaie par une suture continue à la soie comprenant les trois couches de l'estomac et allant de petite à la grande courbure ou inversement. La muqueuse stomacale qui fait hernie sous les sutures est soigneusement nettoyée au sublimé, puis, l'assistant tenant toujours l'estomac sans tendre ses parois, la suture continue, profonde, est invaginée en dedans, et la séreuse complètement et très exactement formée par une seconde suture de Lembert, également continue.

On change les compresses salies et l'assistant saisit l'estomac à deux mains, de façon à repousser en avant et à droite la paroi postérieure de l'organe qu'il applique contre le bord droit de la plaie et qu'il met ainsi en contact avec le duodenum. La pince restant encore sur le duodenum, la paroi postérieure de ce dernier est fixée contre la paroi postérieure de l'estomac de façon à ce qu'on puisse faire commodément, du bord supérieur au bord inférieur une suture sero-séreuse postérieure continue et circulaire.

La pince duodenale est maintenant enlevée, le contenu intestinal essuyé et le duodenum, si la compression le permet, nettoyé. Le sang qui s'écoule par la plaie duodenale est arrêté par la ligature des vaisseaux.

La paroi stomacale est alors incisée à un demi ou à trois quarts de centimètre de la suture sero-séreuse postérieure dans une étendue correspondant à la largeur du duodenum, après l'hémostase exacte de la plaie par ligature des vaisseaux, on place la moitié postérieure de la suture circulaire qui porte sur toute l'épaisseur de la paroi stomacale et de la paroi duodenale qui se trouve au devant : ou bien on fait une suture portant sur la séreuse et la musculieuse, et une seconde qui réunit la muqueuse. On réunit ensuite les bords antérieurs des plaies stomacale et intestinale, et par dessus cette suture profonde, on place une suture sero-séreuse antérieure en utilisant les bouts de fils de la sero-séreuse postérieure. On a ainsi une suture parfaite qui ferme exactement la plaie. On nettoie au sublimé la ligne de suture et on enlève les compresses :

l'estomac et le duodenum sont replacés dans le ventre, et la plaie abdominale fermée. Pansement avec des bandelettes collodionnées.

Kocher insiste sur trois conditions qui lui paraissent d'une importance capitale pour assurer le succès ; une asepsie rigoureuse, l'usage de sutures absolument continues pour chaque plan, l'emploi des pinces ou compresseurs.

Depuis cette publication qui date de 1893, Kocher est toujours resté fidèle à ce procédé d'anastomose termino-latérale qui avait produit entre ses mains d'aussi brillants résultats. La seule modification qu'il ait introduite dans les années suivantes est celle du bouton de Murphy auquel il propose d'avoir recours dans les seuls cas où le duodenum ne se laisse pas suffisamment attirer, et où, par conséquent, la double suture circulaire ne peut être placée avec une complète sécurité. Les nombreux chirurgiens qui, séduits par les statistiques de Kocher (mortalité 16,7 pour 100) ont tenté d'imiter le maître, ont presque toujours suivi sa technique opératoire. Une seule fois nous avons vu à l'Hôtel-Dieu d'Angers, M. le professeur Montprofit apporter une modification au procédé d'anastomose termino-latérale en combinant ce procédé avec celui de Roux (de Lausanne). C'était dans un cas où, après avoir pratiqué la pylorectomie, le chirurgien éprouva quelques difficultés à rapprocher le duodenum de la section stomacale, ce qui lui fit craindre d'exercer des tractions pouvant être nuisibles à la bonne réunion des sutures. L'estomac et le duodenum furent fermés avec beaucoup

de soin, l'anse jejünale recherchée, sectionnée entre deux pinces coprostatiques, placées à 6 centimètres de distance. Le bout inférieur fut approché de la face postérieure de l'estomac à travers une large brèche faite au méso-côlon et les deux organes furent suturés au moyen de surjets de soie fine. La bouche gastro-jejünale étant bien établie, on pratiqua la communication jejuno-jejünale par les mêmes moyens. Les suites de l'intervention furent particulièrement favorables.

Il existe enfin un troisième procédé d'anastomose, imaginé par le professeur Billroth, procédé qui fut mis en pratique le 15 janvier 1885. Las des insuccès que lui donnait son procédé typique, dans les cas assez fréquents où, l'estomac se laissant difficilement unir au duodenum, la suture devenait le siège de tractions trop fortes ; ce chirurgien eut l'idée de refermer l'orifice des sections stomacales et duodénales et de réunir la communication en pratiquant la gastro-enterostomie, par le procédé de Wolfler. Dans sa première intervention de ce genre, il fit d'abord la gastro-enterostomie, la résection ensuite ; malheureusement il commit la faute de pratiquer l'anastomose dans des tissus malades de sorte que l'opéré mourut de récédive rapide au bout de quatre mois. Cette méthode ne fut appliquée qu'une seule fois avant 1890 par V. Eiselberg, et lui valut un succès. Depuis 1890 elle est entrée dans la pratique de nombreux chirurgiens : Tuholske, Bull, Quenu, Lauenstein, Monprofit, Chaput, Doyen, qui lui ont fait subir maintes modifications pour l'adapter à leur technique opératoire habituelle. C'est ainsi que

Chaput, Nove, Josserand, Quenu remplacent la suture par le bouton anastomotique ; Rutherford, Morisson, B. Jesset ont employé les plaques de Senn. Doyen pratique la gastro-enterostomie et une anastomose, pour le libre cours de la bile : Avec sa pince, il écrase l'anse intermédiaire à sa partie moyenne, et la coupe entre deux ligatures. De chaque côté il place un fil en cordon de bourse et les deux bouts de l'intestin grêle sont fixés. Il réalise ainsi la gastro-enterostomie en Y en très peu de temps et avec une asepsie absolue. Mais, ajoute Doyen, le progrès réalisé est bien plus grand pour la pylorectomie. Il suffit, pour fermer le duodenum de donner en travers un coup de pince à levier et de lier en ce point. J'isole le néoplasme par une forte pince ; je coupe à cinq millimètres de la ligature, je cautérise ce pédicule au thermo-cautère et fixe le duodenum par une ou deux ligatures n'intéressant que la séreuse. » C'est ainsi que, par ce procédé aussi étonnant que rapide, Doyen a pu réaliser, en une seule ligature, la fermeture de l'estomac en un point où il présentait 14 centimètres de large.

Des modifications d'un autre ordre sont celles qui se rapportent au siège de l'anastomose : Le procédé de l'anastomose latérale a largement bénéficié des perfectionnements nombreux qu'on a sans cesse apportés à la gastro-enterostomie. Pendant longtemps, on eut recours à l'anastomose latérale sur la face antérieure de l'estomac suivant le procédé de Wolfler ; puis, quand V. Hæcker eut trouvé son procédé de gastro-enterostomie postérieure transmésocolique, les avantages de

ce mode opératoire encouragèrent nombre de chirurgiens à l'adopter consécutivement à la résection pylorique.

Enfin, nous parlerons pour terminer d'une dernière modification relative à la succession des temps de l'opération. Les uns pratiquent la résection d'abord, l'anastomose ensuite, afin d'éviter les tiraillements que pourrait subir la suture dans les cas où l'anastomose serait pratiquée après la résection. Les autres, dans les cas où l'état cachectique du malade inspire quelques inquiétudes, et quand il est difficile de juger de sa résistance avant le début de l'opération, pratiquent d'abord la gastro-enterostomie ; et, si l'opéré se comporte bien, ils continuent par la résection. S'il se comporte mal sous le chloroforme et si la durée de l'intervention paraît de nature à compromettre la vie du malade, le chirurgien s'en tient à la gastro-enterostomie, procédé d'urgence, quitte à recourir plus tard à la pylorectomie, procédé de choix. C'est la pylorectomie en deux temps.

Telles sont les principales étapes qui marquent l'histoire de la gastrectomie : les travaux de MM. Hartmann et Terrier, la thèse de M. U. Guinard sur la chirurgie de l'estomac, ouvrages auxquels nous avons fait de larges emprunts, nous ont permis d'exposer rapidement les principaux moyens de rétablir la continuité du tube digestif après la gastrectomie.

Une étude plus intéressante, mais en même temps plus délicate nous reste à faire ; celle de la discussion de ces procédés dont chacun compte des partisans et des adversaires éminents. Notre autorité en pareille

matière est bien faible, nous ne nous le dissimulons pas ; notre expérience personnelle est restreinte ; aussi ne prétendons-nous pas faire un choix décisif en faveur d'un procédé à l'exclusion des autres. Néanmoins, nous essaierons, à l'aide des lectures que nous avons faites et des conseils de notre maître, M. le Dr Monprofit, de tirer parti des quelques observations que nous avons recueillies pour préconiser tout particulièrement l'une des méthodes d'anastomose dont nous avons parlé.

CHAPITRE II

Discussion des procédés d'anastomose.

Il est difficile de porter un jugement sur la valeur d'un procédé opératoire au seul examen des statistiques publiées par le chirurgien qui en est l'auteur. En effet, chaque opérateur, acquérant une habileté croissante dans son procédé, finit toujours par considérer celui-ci comme plus excellent que tous les autres. Pour émettre un avis en pareille matière, il faut tout d'abord examiner le procédé au point de vue purement théorique ; se demander si la méthode proposée s'accorde suffisamment avec les notions que nous fournissent l'anatomie et la physiologie des organes, si en un mot elle est rationnelle. La théorie devra ensuite être contrôlée par les faits. C'est alors que l'on consultera les statistiques, mais en particulier celles des imitateurs du chirurgien créateur de la méthode, ou mieux encore les statistiques de l'opérateur qui a expérimenté tour à tour les procédés les plus divers. On se rendra alors facilement

compte que la même confiance ne doit pas être accordée à tous les procédés opératoires.

Le procédé d'anastomose termino-terminale, réglé par l'école de Billroth a été défendu chaleureusement par Kronlein, Czerny, Mickulicz, V. Eiselberg. Les heureux résultats de la pylorectomie typique entre les mains de ces habiles, firent considérer cette méthode comme la méthode de choix. Plus tard, quand fut préconisé le procédé de Kocher, les élèves de Billroth restèrent fidèles à leur technique opératoire et ne virent pas le moindre avantage à l'implantation du duodenum à la face postérieure de l'estomac, procédé qui, d'après Czerny, avait le tort d'apporter un changement à l'ordre naturel et à la disposition des parties. C'est en raison de ce principe que, tout récemment encore, M. le docteur Chenieux, de Limoges, défendait la cause de l'anastomose termino-terminale, et proposait des moyens assez compliqués pour remédier aux insuccès bien démontrés de cette manière de faire.

Maintenir l'estomac et le duodenum dans leurs rapports normaux, voilà donc le seul avantage du procédé typique, et encore, c'est plus une satisfaction de l'esprit qu'un véritable avantage ; car du moment que le sphincter pylorique est sacrifié, la forme du viscère n'a plus qu'une importance secondaire. Ce qu'il faut surtout considérer, c'est la fonction qui est aussi bien sauvegardée dans le Kocher que dans le Billroth (première manière).

Si les avantages de la méthode sont peu nombreux et discutés, ses inconvénients sont multiples et généralement reconnus de la majorité des chirurgiens.

Les principaux désavantages de la méthode sont les suivants :

1° Impossibilité d'employer l'anastomose termino-terminale chaque fois que les lésions s'étendent du côté du duodenum, et dans le plus grand nombre des cas où les lésions sont très étendues du côté de l'estomac.

2° Récidivés observées parfois sur la cicatrice dans les cas où les tissus voisins du néoplasme n'ont pas été réséqués assez largement.

3° Difficultés du manuel opératoire, qui ont obligé les chirurgiens à abandonner la suture dans de certaines circonstances, pour recourir au bouton de Murphy.

4° Perforation de la ligne de suture au point de rencontre de la suture d'occlusion et de la suture d'aboutement.

De tous ces inconvénients, le plus grave est certainement celui que nous signalons en dernier lieu : le danger est même si réel que tous les efforts des auteurs se sont dirigés de ce côté là de telle sorte que le procédé primitif a subi mille transformations ; ce danger s'est manifesté dans maintes occasions où la mort est survenue à la suite de perforations siégeant au point d'union des deux sutures. Et ces insuccès sont arrivés à des chirurgiens éminents, experts dans la méthode, à Carle, Czerny, Kappeler ; c'est dire qu'ils sont imputables au procédé lui-même : « Après chaque résection, même la plus petite, terminée par la réunion directe du duodenum et de l'estomac, écrit Hahn, en 1894, la suture faite sur le duodenum, mince et insuffisamment recouvert de péritoine, doit éveiller le senti-

ment de la plus grande incertitude, surtout en ce qui concerne le point où la suture se bifurque. Si, par une méthode quelconque on pouvait obtenir une plus grande sécurité, on devrait accepter celle-ci avec joie. »

Pour l'obtenir, cette sécurité, maintes tentatives ont été faites. C'est ainsi que Mickulicz a conseillé de faire un tamponnement au niveau de la rencontre des deux sutures, toutes les fois que la petite courbure présente un peu de tension. Péan, Lick, Schede, après avoir terminé la suture d'occlusion, ont fait l'abouchement en pratiquant le bouton de Murphy.

Pour diminuer le danger, Wolfler, appliquant à la pylorectomie un procédé employé dans la suture intestinale, resèque un lambeau de muqueuse cylindrique sur la paroi gastrique, et introduit le bout duodenal dans l'ouverture stomacale laissée béante une fois la suture d'occlusion terminée. Un procédé analogue a été proposé par M. le Dr Chenieux, de Limoges ; ce dernier conseille de tourner la difficulté tenant à la raquette en faisant une encoche à son point de contact avec le nouveau pylore, de manière que celui-ci se présente sous la forme d'un manchon dans toute sa circonférence. On donne à ce manchon des dimensions très légèrement inférieures à celles du calibre duodenal. On abrassera un peu sa lèvre externe ; de même on abrassera un peu de la muqueuse duodenale dans une étendue proportionnelle à l'épaisseur des parois de l'estomac, de telle sorte qu'il y ait la possibilité d'une légère invagination de l'estomac dans le duodenum. On fait ainsi une suture qui réunit non des bords, mais des

surfaces cruentées. Enfin Rutherford Monson fend le duodenum sur son bord convexe, étale l'ouverture de l'intestin ainsi élargi, et l'adapte à la section gastrique sans avoir besoin de rétrécir cette dernière. Mais, tous ces moyens mis en œuvre pour corriger les vices d'un procédé ne nous prouvent-ils pas suffisamment que le procédé est mauvais en lui-même ?

Doyen paraît avoir trouvé le défaut de la cuirasse quand il fait remarquer l'analogie existant entre la suture en raquette et les sutures en T de la peau, et qu'il ajoute que le point de jonction des deux branches d'un T est bien exposé à céder, pour peu que les sutures soient tendues et l'affrontement imparfait.

Aussi, avec Doyen, Chaput nous proscrirons de parti pris pour les interventions sur l'estomac et l'intestin, les sutures en T ou en raquette, et nous abandonnerons ce procédé primitif de Billroth qui réserve aux plus habiles les plus cruels déboires.

Les anastomoses latérale et termino-latérale sont donc les deux seuls procédés qui restent en présence et qui peuvent être mis en parallèle, tous les deux présentant de réels avantages. Reconnaissons tout de suite que la méthode de Kocher a eu un très grand retentissement et jouit encore d'une considération méritée, par les brillants résultats qu'elle a donnés jusqu'à ce jour.

Elle réalise les avantages de la pylorectomie typique sans en présenter les inconvénients, en ne supprimant pas la circulation des aliments dans le duodenum, et en évitant l'emploi de la suture en raquette, qui pré-

dispose aux perforations, ainsi que nous l'avons déjà démontré. L'occlusion totale permet, en effet, de faire des sutures comprenant beaucoup de tissus et affrontant de larges surfaces sereuses ; elle s'oppose en outre à la contamination de la cavité péritonéale par le contenu de l'estomac pendant le cours de l'opération, ce qui est moins facile d'éviter par la méthode de Billroth (première manière).

On peut enfin, dans maintes circonstances, réséquer plus largement que dans ce dernier procédé. Toutefois, dans le mode d'anastomose termino-terminal, comme dans celui d'anastomose termino-latéral, la condition nécessaire, pour mener l'intervention à bonne fin, c'est de pouvoir rapprocher le bout duodenal du moignon gastrique. A première vue, et si l'on ne s'en tenait qu'à des considérations théoriques, il semblerait qu'il soit impossible d'opérer ce rapprochement lorsque la résection est très étendue du côté de l'estomac. Mais des chirurgiens expérimentés, MM. Terrier et Hartmann, pour ne citer que les plus illustres, déclarent que, pratiquement, l'estomac se laisse fréquemment mobiliser et attirer ; et Kocher cite un cas où cet organe fut réséqué jusqu'à deux doigts du cardia et où cependant la réunion put se faire sans difficulté. M. U. Guinard nous cite les chiffres de 12 et 15 centimètres comme des dimensions courantes dans les résections typiques.

Il ne faudrait pas cependant exagérer la facilité avec laquelle l'estomac et le duodenum se laissent attirer, car il arrive assez souvent que, par suite d'adhérences ou par suite du défaut d'élasticité des parois stomacales, le rapprochement ne peut être fait.

MM. Tuffier, Ricard, Chaput, ont fait maintes fois cette constatation. A la séance du 20 mars, à la société de chirurgie, M. Tuffier, après avoir discuté les trois procédés d'anastomose, à l'occasion de trois interventions sur des malades atteints de carcinome de l'estomac, aboutit aux conclusions suivantes :

Il faut pour se mettre à l'abri des récidives, étendre largement la resection du côté de l'estomac, et user autant que possible de l'anastomose latérale pour éviter les difficultés résultant de ce fait que la région du cardia se laisse difficilement mobiliser et attirer en bas.

Si la critique de Tuffier est justifiée quand le néoplasme s'étend uniquement du côté de l'estomac, combien, à plus forte raison, doit-elle l'être lorsque, chose rare il est vrai, le néoplasme empiète sur le duodenum. Là, pas d'hésitation possible, le duodenum doit être largement sacrifié, l'abouchement gastro-duodenal impossible.

La seule méthode qui s'impose est celle de l'anastomose latérale.

Qu'il nous soit permis de dire, en passant, que le procédé de Kocher présente souvent de réelles difficultés car il n'est pas toujours commode, même lorsque l'estomac se laisse facilement attirer, de réaliser une suture d'abouchement dans la profondeur de l'abdomen.

Une objection qu'on a faite quelquefois à ce même procédé c'est l'étroitesse de l'anastomose gastro-duodenale. Chaput considère la suture gastro-duodenale après resection pylorique, comme une mauvaise prati-

que. Avec deux rangées de suture, dit-il, elle expose à la perforation ; avec trois rangées, elle occasionne un rétrécissement dangereux. Il est préférable de fermer en cul-de-sac l'estomac et le duodenum, et d'établir ensuite une gastro-enterostomie.

Enfin, plus que l'anastomose latérale, la termino-latérale expose à des tiraillements au niveau des sutures duodeno gastriques. Sur les neuf pylorectomies dont nous publions l'observation, deux fois le procédé de Kocher fut employé, et deux fois il nous fut défavorable, hasard malheureux sans doute, mais assez significatif cependant.

Dans les deux cas, les malades ont succombé à des péritonites, dues à ce que, dans l'un des cas, quelques points du surjet antérieur avaient lâché, et dans l'autre cas, à ce qu'il s'était produit un arrachement de la demi-circonférence antérieure de l'implantation duodenale.

Aussi, l'anastomose latérale nous semble-t-elle préférable dans bien des cas, au procédé de Kocher. On a fait à cette dernière méthode de Billroth deux principaux reproches : Celui de supprimer une portion du duodenum et de modifier le cours de la bile, permettant à celle-ci de refluer dans l'estomac, provoquant des vomissements incrochables, une véritable inondation biliaire ; le second reproche s'adresse au procédé même de la gastro-enterostomie.

A notre point de vue, le premier argument possède seul quelque valeur. Sans doute il y a des inconvénients à exclure du circuit digestif une portion du duodenum et à modifier ainsi le cours normal de la bile ;

et c'est pour les éviter que nous avons vu notre maître, M. le Dr Monprofit, tenter une anastomose en Y par le procédé de Roux, pour rétablir la continuité du tube digestif après une gastrectomie. Il est difficile de contester qu'au point de vue de la parfaite évacuation des aliments et surtout au point de vue de l'écoulement de la bile vers le jejunum, le procédé en Y ne donne pas plus de garanties qu'aucune autre méthode ; mais il faut avouer néanmoins que le procédé est un peu long et très compliqué.

Il faut reconnaître aussi qu'on a bien exagéré les inconvénients du reflux biliaire dans l'estomac. Les travaux de M. Hartmann, Soupault, Grudy, sur cette question nous apprennent que si le retour de la bile dans la cavité gastrique est un phénomène presque constant, cette présence de la bile n'a jamais déterminé d'accidents sérieux. Aussi, d'après M. Hartmann, l'opinion qui attribue à ce reflux toute une série d'accidents, est-elle complètement erronée. La bile peut refluer normalement dans l'estomac ; la sécrétion biliaire tout entière peut y être déversée sans qu'il y ait grand danger pour l'opéré. Le malade opéré par Terrier en 1895 d'une cholecysto gastrostomie en est une preuve convaincante. Jamais ce malade n'a vomi de bile, et jamais on a trouvé de pigments biliaires dans les urines.

Quant au reproche imputé à la gastro-enterostomie elle-même, il nous paraît insuffisamment établi. Sans doute, la gastro-enterostomie primitive a donné de mauvais résultats ! On a noté bien des imperfections ; la formation d'éperon au niveau de la bouche anasto-

motique, une constipation opiniâtre due à la compression accidentelle du colon, voire même des phénomènes d'ilecis. Mais, depuis la première intervention de ce genre de nombreuses modifications se sont succédées. Les modes de suture se sont perfectionnés, les procédés d'anastomoses ont subi mille transformations depuis le procédé de Volfler jusqu'à la gastro-enterostomie postérieure, transmésocolique de Von Hacker, qui semble réunir tous les avantages désirables.

En compensation de ces inconvénients quels avantages nous offre la méthode d'anastomose latérale de Billroth (2^e manière) ?

L'avantage d'être un procédé général, susceptible de s'adapter à tous les cas ; à ceux où la tumeur est limitée au pylore comme à ceux où elle s'étend du côté des courbures de l'estomac. Le chirurgien expert en ce procédé possède donc une méthode fidèle dont il pourra se servir à la rigueur en toute occasion.

Celui de pouvoir créer entre l'estomac et l'intestin une anastomose aussi large qu'on le jugera nécessaire, ce qui permettra d'éviter l'inconvénient du rétrécissement, dont parle Chaput à propos du procédé de Kocher.

La possibilité de resections étendues, tout autour du néoplasme, tandis qu'avec les autres méthodes, on est toujours tenté d'économiser les tissus. Aussi maintes récidives sont-elles survenues par ce fait qu'on avait fait porter les sutures sur des tissus encore infiltrés et incapables de s'unir par cicatrice.

La facilité relative du procédé paraît incontestable

de l'aveu même de Czerny qui n'est cependant pas un partisan de l'anastomose latérale.

Enfin le dernier avantage du procédé de Billroth (2^e manière) sur le Kocher, avantage sur lequel ont insisté Carle et Fantino après Tuholske, c'est de permettre de pratiquer la pylorectomie en deux temps quand le malade se comporte mal sous le chloroforme et qu'il ne paraît pas en état de supporter sans préjudices sérieux, une longue intervention.

Sur les neuf pylorectomies que nous avons vu faire à l'Hôtel-Dieu d'Angers, et dont nous publions les observations, une fois seulement la continuité du tube digestif a été rétablie par l'anastomose termino-terminale, trois fois par l'anastomose termino-latérale, cinq fois par le procédé de l'anastomose latérale. Les résultats immédiats ont toujours été parfaits sauf dans les deux cas où le procédé de Kocher fut utilisé.

Quant au mode d'union de l'intestin et de l'estomac, nous l'avons toujours vu faire à l'aide de sutures, à l'exclusion du bouton.

Quatre sujets à points continus ont toujours suffi pour l'anastomose : ils se superposent dans l'ordre suivant :

- 1^o Surjet sero-séreux postérieur ;
- 2^o Surjet muco-muqueux postérieur ,
- 3^o Surjet muco-muqueux antérieur ;
- 4^o Surjet sero-séreux antérieur.

Sans avoir la prétention de porter un jugement sur les procédés d'abouchement au moyen des sutures et des boutons qui sont employés par beaucoup de chirurgiens autorisés, nous nous permettrons de dire en

terminant que la suture en surjet, telle que nous l'avons vu pratiquer par M. le professeur Monprofit, réalise de multiples avantages. C'est une méthode suffisamment rapide, des plus sûres, des plus simples en même temps, puisqu'avec la suture, la majeure partie de la chirurgie gastro-intestinale peut être réalisée avec le fil de soie et la vulgaire aiguille droite de couturière.

Resection pyloro-gastrique avec anastomose latérale.

OBSERVATION I

Cancer du Pylore.

(Observation recueillie dans le service de M. le Dr Monprofit par mon collègue et ami, M. C. Turlais.)

Gastrectomie partielle. — Gastro-enterostomie postérieure.

L..., âgé de 35 ans, carrier, demeurant à Angers.

A. H. — Nous ne trouvons rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires : son père est mort d'accident, sa mère est morte de pneumonie.

A. P. — Le malade a eu trois attaques de rhumatisme articulaire aigu, l'une à 24 ans, l'autre à 29, la dernière à 31 ans. Le 23 septembre 1898, le malade entre en clinique médicale pour des vomissements survenant chaque jour depuis un mois, et se plaignant aussi d'une douleur dans la région de l'estomac. Son cœur présentait à ce moment des lésions d'insuffisance aortique. On fait alors le diagnostic d'insuffisance aortique avec vomissements, et l'on attribue ces derniers à la lésion cardiaque.

Il sort bientôt du service, ne voulant pas se soumettre au régime lacté.

Il rentre le 24 octobre 1898 dans le service du Dr Monprofit. Il nous raconte de nouveau que, depuis trois mois, il vomit chaque jour et quelquefois plusieurs fois par jour (jusqu'à 10 fois). Les vomissements sont surtout alimentaires et bilieux ; ils surviennent généralement une heure après le repas ; le malade prétend n'avoir jamais eu ni hématemèse ni moelena.

Il est généralement constipé. Il dit avoir maigri d'au moins 30 livres depuis trois mois, bien qu'il mange suffisamment et n'ait pas de dégoût pour les aliments ; mais ce dont il se plaint le plus, c'est d'une douleur qu'il éprouve dans la région stomacale, douleur continuelle, lancinante, insupportable. C'est pourquoi il réclame avec instance une opération.

L'état général n'est pas trop mauvais, bien que le malade paraisse déjà très amaigri et que les ganglions soient déjà engorgés. Le ventre est déprimé, tendu un peu dans la région pylorique. A la palpation, on ne sent rien d'anormal. Pas de tumeur. Malgré l'absence de ce symptôme, nous portons le diagnostic de rétrécissement cancéreux de l'estomac au niveau du pylore. Nous éloignons le diagnostic d'ulcère parce que notre malade n'a jamais présenté d'hématemèse, que ses aliments sont rejetés au moins une heure après son repas, que la douleur qu'il accuse, ne ressemble en rien à celle de l'ulcère rond. La gastralgie ne provoque pas non plus d'amaigrissement aussi considérable ; et une adénopathie aussi avancée. La gastrite éthylique n'a pas non plus de vomissements si tenaces. Enfin nous ne pensons pas que les vomissements soient d'origine cardiaque, parce qu'au moment où le malade entre dans notre service, la lésion a presque disparu ; le souffle diastolique est imperceptible.

Opération le 12 novembre 1898 par le professeur Monprofit.

Le malade est endormi au chloroforme. Asepsie du champ opératoire. Lavage à l'alcool et au sublimé. Quatre grandes compresses entourent la ligne d'incision. La palpation sous le chloroforme ne révèle point de tumeur.

On fait une laparotomie médiane sus-ombilicale allant de l'appendice xiphoïde au-dessous de l'ombilic. L'abdomen ouvert, on constate en explorant l'estomac, un néoplasme de la région pylo-

rique très haut placé, caché sous les fausses côtes. Cette tumeur paraît assez bien localisée : elle envahit tout le pylore et une partie de la petite courbure.

Deux grandes pinces sont placées au-dessus de la tumeur de façon à fermer complètement l'estomac. Ces deux pinces placées en tissus sains et parallèlement, laissent entre elles un espace de quelques centimètres. L'estomac est sectionné dans cet espace, de sorte qu'aucun aliment ne peut sortir de la cavité stomacale. L'estomac sectionné, la tumeur pylorique est rejetée sur le côté droit du malade et énucléée du péritoine postérieur. La face postérieure est alors exposée à la vue.

En dénudant toujours la tumeur, on arrive sur le duodenum qui présente des lésions plus avancées sur sa face postérieure qu'en avant. On le détache du pancréas auquel il adhère. Toutes les parties malades étant disséquées avec soin, une pince est mise en travers sur l'intestin. On donne au-dessus d'elle un coup d'angiohipe sur la partie saine du pédicule qui est réduite alors à la minceur d'une feuille de papier sur la hauteur de 1 centimètre. Un fil est placé sur cette partie amincie. L'intestin est sectionné au-dessus de cette ligature. La muqueuse qui fait saillie au niveau du moignon est excisée. Le moignon est alors cautérisé à l'acide phénique et abandonné dans la profondeur.

On procède à ce moment à l'hémostase d'un certain nombre de vaisseaux situés au niveau de la tête du pancréas. L'hémostase terminée, on ferme la portion de l'estomac laissée en place. Les deux muqueuses juxtaposées sont réunies par un surjet de soie. Même opération sur les séreuses. L'estomac est ainsi fermé, et la pince placée sur lui est enlevée. La tumeur enlevée, on procède à la gastro-enterostomie postérieure.

L'estomac est attiré en bas à travers le mesocôlon transverse ; l'anse jejunaie, saisie le long du bord gauche de la colonne vertébrale est apposée à la paroi postérieure de l'estomac sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Deux pinces tire-balles maintiennent accolées aux deux extrémités de la ligne d'apposition l'estomac et l'intestin. On fait alors le premier surjet séro-séreux postérieur ; on ouvre l'intestin et l'estomac au-dessus, au-dessous du surjet, paral-

lèlement à lui et tout près de lui. Les deux muqueuses postérieures sont réunies par un surjet de soie fine ; puis les deux muqueuses antérieures et les deux séreuses antérieures, sont également accolées par deux surjets. La gastro-enterostomie est ainsi terminée.

La paroi est suturée au moyen de trois plans.

Premier plan : suture du péritoine.

Deuxième plan : suture aponévrotique et musculaire.

Troisième plan : suture de la peau.

Régime du malade pendant les dix jours qui ont suivi l'opération :

1^{er} jour. — Sérum, 1 litre en injection sous-cutanée. Vin blanc, 150 gr. Café, 150 gr.

2^e jour. — Café, 150 gr. Rhum, 60 gr. Bouillon. Un œuf. Pain, 40 gr. Un bifteck. Vin rouge, 150 gr. Vin blanc, 150 gr. Soit 1/2 litre.

3^e jour. — Même régime.

4^e jour. — Café, rhum, vin blanc. 2 œufs. 1/2 litre de bouillon et de lait. Huile de ricin, 30 gr.

5^e, 6^e et 7^e jours. — Même régime.

8^e jour. — Deux biftecks, deux œufs, 200 gr. de pain.

9^e jour. — Le malade est mis au régime ordinaire de la salle.

Dès le lendemain de l'opération, l'opéré se trouve soulagé, la douleur a disparu ; les vomissements ont cessé. Le troisième jour cependant, une vive douleur s'est fait sentir dans l'abdomen après le déjeuner, et force le malade à suivre un régime plus doux ; cette douleur est passagère, et le lendemain, l'amélioration continue ; chaque jour on constate les progrès de la guérison. Les fils sont enlevés le douzième jour après l'intervention.

Trois jours plus tard, à l'occasion d'efforts de toux, le malade a rompu la partie supérieure de sa cicatrice à travers laquelle l'épiploon fait issue. L'accident ayant été reconnu presque aussitôt, le malade est endormi et transporté à la salle d'opération. On procède à la désinfection de la paroi et du bouchon épiploïque. Ce dernier est alors réduit dans le ventre et la paroi est refermée au moyen de plans profonds et superficiels, à la soie et au crin de Florence.

Cette intervention n'a du reste aucune influence sur l'état général du malade qui se porte aussi bien que les jours précédents. La nuit

est calme, et le lendemain, il reprend le régime ordinaire de la salle. L'appétit est du reste excellent, et chaque jour on s'aperçoit que le malade reprend des forces. Son teint jaune paille disparaît progressivement et fait place à une coloration rosée de la face. Un mois après l'opération, sentant ses forces revenir avec son appétit habituel, L... quitte l'hôpital pour reprendre son travail de carrier.

Pendant le mois de février 1899, le malade revient dans le service pour se présenter à nous. L'état général est toujours excellent; le malade mange beaucoup et éprouve après ses repas, souvent trop copieux, une pesanteur gastrique qui disparaît environ deux heures après l'ingestion des aliments. La constipation a complètement disparu. A l'examen de l'abdomen, on constate sous les fausses côtes droites un empatement mal limité et difficile à percevoir à cause de la résistance qu'offre la paroi. Cependant cette tuméfaction ne semble pas d'un pronostic très grave; peut-être est-elle seulement le résultat d'une inflammation circonscrite au niveau de la section du duodenum.

Nous perdons le malade de vue pendant un mois environ.

Le 1^{er} avril 1899, Landron rentre de nouveau à l'hôpital dans le service de clinique médicale de M. le Dr Jagot. Ce n'est plus le même homme qu'il y a un mois; il a complètement changé d'aspect. Il est cachectique, les forces et l'embonpoint ont diminué d'une façon considérable; il a le teint pâle, terreux; ses conjonctives sont jaunâtres. L'appétit a disparu, il ne prend qu'un peu de tisane et de de lait, et ses digestions sont beaucoup plus lentes qu'au mois de février; il a un dégoût marqué pour les aliments azotés. Cependant il n'a ni nausées ni vomissements. Il est très constipé. Mais ce qui l'inquiète surtout, c'est une douleur profonde continue, qui l'empêche de dormir et siège au niveau du foie. Les urines sont peu abondantes (à peine un litre); elles ne sont pas albumineuses, mais contiennent une très faible proportion d'urée. La fièvre est généralement nulle; cependant, de temps en temps, on constate une température de 37,8 à 38,5. Les ganglions inguinaux et sus-claviculaires sont engorgés.

A l'examen du malade, on constate que la partie supérieure de

l'abdomen est bombée d'une façon extraordinaire, ce qui tient d'une part à une légère éventration produite au niveau de la ligne blanche, à la partie supérieure de l'incision, mais surtout à une hypertrophie du foie, qui détermine un évasement marqué des fausses côtes droites. On sent aisément à la palpation que le foie présente une résistance ligneuse et descend à quatre bons travers de doigts au-dessous des fausses côtes. Le bord inférieur ne paraît pas trop déformé et sa surface est assez lisse. Il n'y a pas d'ascite; la rate est petite. Cet état général et surtout l'examen du foie, montrent d'une façon certaine la généralisation du néoplasme. Le diagnostic devient plus net de jour en jour, car le malade prend une coloration de plus en plus jaune, ses forces diminuent, son amaigrissement devient considérable.

Il reste ainsi jusqu'au 23 avril, et voyant que nos efforts sont impuissants à le soulager, il demande à entrer le 27 avril dans le service de clinique chirurgicale. Là également, malgré les soins qui lui sont donnés, l'ictère devient très net, les douleurs augmentent d'intensité. Quelques vomissements surviennent.

Il meurt le 15 mai 1899.

L'autopsie démontre que le foie est très augmenté de volume. Sa surface n'est pas très bosselée, et son bord est encore assez régulier. A la coupe, on constate la présence, surtout au niveau du lobe droit, de nombreux nodules jaunâtres. Les espaces qui séparent ces nodules sont d'un rouge noirâtre. Le poids de l'organe est de 4 kilogrammes 300.

Tube digestif. — L'estomac est certes la pièce la plus intéressante. L'anastomose par où on peut facilement passer le pouce est admirablement suturée et fonctionne d'une façon merveilleuse. A ce niveau, aucune récurrence cancéreuse; la suture est parfaite. Il en est de même des surjets qui ont fermé l'estomac sur sa ligne de section; l'accolement des séreuses s'est fait exactement dans tous les points. Quant au bout duodenal, il est profondément caché sous le foie et difficile à retrouver. Cependant on peut constater qu'il a été fermé très hermétiquement et qu'aucune inflammation secondaire ne s'est produite. Quant au néoplasme, nous n'en trouvons pas trace en aucun point de l'estomac.

OBSERVATION II

Resection pyloro-gastrique pour tumeur, avec anastomose latérale suivant le procédé de gastro-enterostomie postérieure de V. Haeker.

Le 3 janvier 1899, M... S..., âgée de 60 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers dans le service de M. le professeur Monprofit. Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant à signaler : il n'y a pas eu de néoplasmes dans sa famille.

Jusqu'à l'âge de 56 ans, M... S... n'a jamais été malade ; à cette époque, elle aurait éprouvé des symptômes de gastrite qui, du reste, n'auraient pas persisté longtemps. Toutefois, depuis quatre à cinq mois, la malade est très constipée ; et depuis trois mois les vomissements sont venus s'ajouter à la constipation. Rares au début, ils deviennent de plus en plus fréquents, et s'observent toutes les fois que la malade mange du pain. Ces vomissements sont donc surtout alimentaires ; on n'a jamais constaté ni hématemèse, ni mœlena.

Les divers moyens médicaux ont échoué.

L'amaigrissement est considérable, la perte de l'appétit complète, la face décolorée ; teint cachectique des cancéreux.

La palpation révèle dans la région ombilicale l'existence d'une tumeur arrondie, de la grosseur d'un œuf, mobile dans tous les sens.

L'intervention est pratiquée le 7 janvier 1899.

La malade est endormie à l'éther.

A la palpation de l'abdomen, on constate que la tumeur est adhérente à l'ombilic, ce qui oblige à modifier l'incision habituelle afin de ne pas inciser sur le néoplasme. L'incision verticale partant de l'appendice xiphoïde, et s'arrêtant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, est faite sur la ligne médiane ; on pousse cette incision autour de l'ombilic de façon à circonscrire celui-ci au moyen de deux lignes courbes se regardant par leur concavité (incision en raquette). On constate à l'ouverture de l'abdomen que

la tumeur a envahi toute la région pylorique, et qu'elle est très adhérente à la paroi abdominale. Elle est alors attirée à l'extérieur et isolée au moyen de compresses. Deux grandes pinces sont placées sur l'estomac à 10 centimètres environ de la tumeur, et une troisième à deux centimètres plus en dedans, entre les deux premières et la tumeur. L'angiohibe de Doyen est appliqué entre les deux groupes de pinces. L'estomac est sectionné avec cet écraseur; les tuniques stomacales paraissent sectionnées comme avec des ciseaux. On ferme ce bout par deux surjets de soie fine, l'un muco-muqueux, l'autre séro-séreux. On saisit la tumeur entre deux grandes pinces, on l'énuclée en déchirant ses adhérences au pancréas et à tous les organes qui se trouvent sur la face postérieure. Puis bientôt la tumeur n'a plus qu'un pédicule assez étroit qui est la deuxième portion du duodenum. La pince de Doyen est appliquée sur ce pédicule qui est réduit à la minceur d'une feuille de papier. Un fil à ligature est placé sur cette surface aplatie et la tumeur est extirpée.

Hémostase complète. On termine l'opération en pratiquant la gastro-enterostomie par le procédé Von Haeker. La paroi abdominale est réunie par trois plans de sutures.

Suites opératoires. — Pas de température. Les vomissements cessent aussitôt après l'opération. L'opérée va convenablement à la selle deux jours plus tard; les selles ont leur coloration normale. Le quatrième jour, elle commence à manger du potage. Le sixième, elle est mise au régime ordinaire de la salle. L'appétit revient peu à peu et bientôt l'opérée se trouve telle qu'elle était avant le début de son affection.

Elle quitte le service le 27 janvier en parfaite santé.

OBSERVATION III

Pylorectomie pour cancer du pylore. — Gastro-enterostomie postérieure.

M^{me} X..., de Coron (Maine-et-Loire), se plaint de troubles gas-

triques depuis un certain temps. Inappétence, dégoût de la viande, mais pas de vomissements. La constipation est assez opiniâtre ; l'état général est mauvais : il y a de l'amaigrissement et de la perte des forces.

En examinant la région de l'estomac, on constate à droite de la ligne médiane, une tumeur dure, du volume d'une petite pomme, sensible et très mobile. On porte le diagnostic de squirrhe du pylore et l'ablation en est décidée.

Laparatomie le 8 mars 1899.

Le ventre ouvert, on constate que l'estomac a conservé à peu près son volume normal, mais on trouve au niveau du pylore une tumeur dure dont les limites sont assez nettes du côté de l'estomac et du duodenum pour qu'on puisse en tenter l'extirpation. On se met donc en devoir de pratiquer la pylorectomie.

L'estomac est attiré en dehors du ventre et isolé au moyen de compresses. Deux grandes pinces sont placées au-dessus de la tumeur du côté de l'estomac. La face postérieure de l'estomac est libre de toute adhérence. L'estomac est alors sectionné entre les deux pinces (on prend les précautions ordinaires pour empêcher l'infection du péritoine). La tumeur est alors attirée autant que possible hors de l'abdomen et rabattue à droite de la malade. On libère alors sa face postérieure qui présente des adhérences assez étendues avec le pancréas. Après dissection soignée de la tumeur, dissection qui nécessite une hémostase assez longue, deux pinces sont placées sur le duodenum. Section du duodenum entre ces deux pinces. On procède ensuite à l'hémostase des tranches duodénales et stomacales ainsi qu'à l'hémostase des épiploons.

Fermeture de l'estomac et de l'intestin. — Cette fermeture est exécutée au moyen de deux surjets de soie fine passés avec l'aiguille droite d'abord sur la muqueuse, puis sur la tunique sero-musculaire. Cette fermeture est exécutée sur l'estomac, puis sur l'intestin. L'occlusion de l'estomac et du duodenum, paraissant satisfaisante, on procède à l'amastomose gastro-intestinale par le procédé de la gastro-entérostomie postérieure latérale. On va chercher l'anse jéjunale et on la fait passer à travers une brèche du mesocôlon pour l'amener au contact de la face postérieure de l'es-

tomac sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Deux pinces tire-balles maintiennent accolés aux deux extrémités de la ligne d'apposition l'estomac et l'intestin. On fait le premier surjet sero-séreux postérieur ; on ouvre l'intestin et l'estomac au-dessus, au-dessous et tout près du surjet. On réunit la muqueuse de l'intestin à la muqueuse de l'estomac par un surjet : surjet muco-muqueux postérieur. Troisième surjet unissant les muqueuses antérieures. Quatrième et dernier surjet pour les séreuses antérieures.

Les sutures ayant été vérifiées ainsi que l'hémostase, les compressees sont enlevées, et le champ opératoire est soigneusement nettoyé au moyen de tampons stérilisés.

Fermeture de la paroi abdominale par trois plans de sutures suivant le procédé déjà décrit dans les observations précédentes.

Suites absolument normales. Pas de vomissements. Alimentation légère dans les premiers jours. Le quatrième jour, l'opérée est mise au régime ordinaire et s'en porte très bien.

Nous la revoyons trois mois après. Augmentation de poids. La santé est parfaite. Elle ne souffre plus de l'estomac.

OBSERVATION IV

Tumeur du pylore étendue à la petite courbure. Pylorectomie. — Gastro-enterostomie postérieure.

Amélie P. . . . , âgée de 62 ans, habitant les Raïeries. (Maine-et-Loire), souffre de troubles gastriques depuis 4 à 5 mois. Pesanteur au creux épigastrique, douleur sourde irradiant aux espaces intercostaux, digestions pénibles accompagnées de renvois acides. Jamais d'hématémèses ni de mœlena.

Voyant ses forces l'abandonner chaque jour et l'amaigrissement devenir considérable, la malade se décide à consulter le chirurgien qui la fait entrer dans le service de clinique chirurgicale le 2 mars 1899.

A la région épigastrique, on constate une tumeur du volume d'une orange, mobile en tous les sens et présentant des battements

communiqués par l'aorte. On pose le diagnostic de carcinome de l'estomac. L'opération a lieu le 12 mars.

Laparatomie sus-ombilicale. Le ventre ouvert, on constate que l'estomac n'est pas dilaté, que la tumeur siège au pylore, s'étendant sur la petite courbure, que ses limites sont très nettes et qu'elle ne contracte pas d'adhérences avec les organes voisins. Tout porte à croire que la pylorectomie pourra s'effectuer sans de trop grandes difficultés.

L'estomac est attiré en dehors du ventre et isolé au moyen de compresses. Deux pinces sont placées au-dessus de la tumeur du côté de l'estomac. Section de l'estomac entre ces pinces. Le néoplasme est attiré hors de l'abdomen et rabattu à droite de la malade. Section du duodenum entre deux pinces. La tumeur est enlevée. Hémostase des tranches duodénales et stomacales. Hémostase de l'épiploon.

Fermeture de l'estomac et de l'intestin au moyen de surjets de soie fine passés avec l'aiguille droite d'abord sur la muqueuse, puis sur la tunique sero-musculaire. L'occlusion de l'estomac et du duodenum paraissant satisfaisante, on procède à l'anastomose gastro-intestinale par le procédé décrit dans les observations précédentes (gastro-enterostomie postérieure trans-méso-colique).

Suture à trois étages de la paroi abdominale.

Suites opératoires. — La malade met huit jours à se remettre de l'intervention; pendant cette période, elle reste dans un état très alarmant. Elle ne s'alimente pas, va très difficilement à la selle, souffre de coliques. Le huitième jour, on parvient à lui faire prendre une certaine quantité de bouillon et de lait.

Quinze jours après l'intervention, elle se mit à manger de la viande et bientôt on lui prescrit le régime ordinaire de la salle. L'état général est satisfaisant. Elle augmente de poids, mais le teint cachectique persiste. Elle quitte l'hôpital le 8 avril 1899 complètement guérie.

Trois mois après, nous avons l'occasion de la revoir aux Raïeries. La santé est conservée.

La palpation ne révèle rien d'anormal du côté de l'abdomen. Les

forces sont complètement revenues, et elle est en état d'exercer son métier de blanchisseuse pour subvenir aux besoins de sa famille.

OBSERVATION V

**Resection pyloro-gastrique avec anastomose latérale.
Gastro-enterostomie antérieure.**

Jeanne D..., âgée de 45 ans, ménagère, entre dans le service de clinique chirurgicale le 7 février 1899.

La malade a, depuis quatre mois, des douleurs d'estomac qui s'irradient dans les reins et surtout dans le flanc gauche. Elle a eu de nombreux vomissements alimentaires, quelques hématomèses avec *moelena*. Jeanne D... a beaucoup maigri depuis ces derniers mois; elle ne mange presque pas. On constate dans la région pylorique une tumeur dure, bosselée, mobile, du volume d'une pomme.

Opération, 9 février. Sitôt le ventre ouvert, on trouve une tumeur très mobile. Le grand épiploon est effondré; on passe en arrière et deux pinces sont placées à deux centimètres d'intervalle au-dessus de la tumeur. La tumeur est alors sectionnée au moyen de ciseaux; il ne s'écoule rien à la section. Le bout supérieur est fermé par trois surjets. La tumeur est adhérente en arrière au pancréas, on en resèque une partie.

On saisit ensuite la tumeur entre deux pinces et on la resèque en arrière. Le bout inférieur est fermé par trois plans de suture. On fait ensuite la gastro-enterostomie antérieure, telle que nous l'avons décrite. La paroi est fermée par une suture à trip'e étage.

Suites opératoires. — Les jours qui suivent l'intervention, la malade reste dans un état alarmant. Elle ne prend aucun aliment et ne va pas à la selle. Huit jours plus tard, l'état n'est pas amélioré; toutefois elle mange quelques biscuits. Elle est pâle et très amaigrie. Elle sort après trois semaines de séjour à l'hôpital si affaiblie qu'on craint de la voir succomber en route.

Resection pyloro-gastrique avec anastomose termino-latérale.

OBSERVATION VI

Réssection pyloro-gastrique. Rétablissement de la continuité par la gastro-enterostomie en Y (procédé de Roux, de Lausanne).

Louise Tr. . . . , âgée de 32 ans, ménagère, est entrée à l'Hôtel-Dieu, le 28 février 1898, dans le service de M. le professeur Monprofit. Elle se plaint de vomissements continuels accompagnés d'une sensation de cuisson très prononcée au niveau du creux épigastrique et réclame une intervention chirurgicale.

Les antécédents héréditaires de la malade n'offrent rien d'intéressant à signaler. Jusqu'à l'âge de 30 ans, la femme Tr. . . . n'a fait aucune maladie. A 30 ans, elle s'aperçoit que son appétit diminue; ses digestions jusqu'alors normales deviennent difficiles et s'accompagnent d'une sensation de pesanteur stomacale très pénible. Des vomissements alimentaires très abondants ne tardent pas à se produire; ils ont une saveur acide, s'accompagnent d'une douleur cuisante qui s'irradie du creux épigastrique vers la gorge; ces vomissements contiennent en suspension; dans un liqui le filant, jaunâtre, assez abondant, les substances alimentaires ingérées par la malade lors des repas précédents. Ces vomissements persistent depuis dix-huit mois. Les éructations sont fréquentes, la douleur épigastrique très intense; la malade, toujours très constipée, reste parfois huit jours sans aller à la selle.

Quatre mois environ après le début de son affection, Louise Tr. . . . s'aperçut de la présence dans le flanc droit, au-dessous du foie, d'une grosseur du volume d'un œuf de pigeon, dure, irrégu-

lière, roulant sous le doigt. Cette grosseur très mobile voyageait avec la plus grande facilité, au dire de la malade, du côté droit au côté gauche de l'abdomen. A ce moment, c'est-à-dire il y a un an environ, M. le professeur Monprofit, consulté, conseilla l'intervention chirurgicale. Depuis lors, la grosseur n'a augmenté de volume que très lentement.

L'état général de la femme Tr....., assez bon jusqu'au mois de novembre 1897, est devenu de plus en plus mauvais depuis cette époque. L'appétit a beaucoup diminué; il est survenu du dégoût pour la viande. Les seuls aliments supportés par la malade sont les œufs, le vin et le lait. L'amaigrissement est considérable, le teint jaunâtre, la peau sèche et rugueuse. La palpation de la région épigastrique révèle une tumeur allongée, dure, de 4 à 5 centimètres de largeur, longue de 10 à 13 centimètres, qui part de l'ombilic pour se perdre sous les fausses côtes droites au niveau de leur insertion avec les cartilages costaux.

En présence de tous ces signes, le diagnostic que l'on porte est celui de « tumeur maligne de la région pylorique ».

Opération. — Le 3 mars 1898, la malade préparée pour l'intervention est chloroformisée, puis transportée dans la salle d'opération. Après l'antisepsie préalable de l'abdomen, on ouvre la cavité péritonéale, en faisant une incision médiane qui part de l'appendice xiphoïde et présente une longueur de 12 centimètres environ. La masse néoplasique, attirée au dehors, occupe tout le tiers inférieur de l'estomac; on décide de l'enlever. Le grand épiploon est sectionnée et liée; on place une pince au-dessus du néoplasme, et la résection de toute la portion stomacale comprise entre les pinces est pratiquée. Le bout intestinal pylorique est alors fermé à l'aide de deux surjets de soie fine; le premier surjet réunit à elle-même la couche sero-musculaire. Le bout stomacal est fermé de la même façon.

Pour rétablir la continuité interrompue du tube digestif, on pratique alors, d'après le procédé de Roux, une gastro-enterostomie en Y. L'anse jéjunale, saisie entre les deux pinces sur une longueur de 6 centimètres environ, est sectionnée transversalement. Des deux bouts intestinaux, l'inférieur est suturé à la face postérieure

de l'estomac, préalablement incisé sur une étendue correspondante au diamètre de l'anse d'intestin grêle; le bout supérieur est saturé latéralement au bout intestinal inférieur. Pour chacune de ces anastomoses, on emploie quatre surjets de soie fine, les deux premiers servant à reconstituer le plan postérieur, les deux derniers servant à reconstituer le plan antérieur. La cavité péritonéale nettoyée minutieusement à l'aide de compresses aseptiques, on procède à la fermeture de l'abdomen, ce qui offre quelques difficultés, les deux lèvres de la plaie s'étant fortement rétractées et n'arrivant que très difficilement au contact. On emploie un surjet de forte soie qui enserme dans sa spire toute l'épaisseur de la paroi. Quelques points superficiels assurent la réunion parfaite des deux lèvres de la plaie.

Suites opératoires. — L'opération a duré deux heures pendant lesquelles la malade s'est parfaitement comportée sous le chloroforme. Cependant, il faut noter une certaine gêne respiratoire survenue au moment où l'on a pratiqué quelques tractions sur la région cardiaque. La malade se réveille lentement; on lui fait immédiatement une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Le soir, l'opérée se plaint de tiraillements abdominaux; elle est très oppressée.

Le lendemain, l'oppression a disparu. La malade absorbe du vin blanc et un siphon d'eau de Seltz.

Le 5, elle rend des gaz par l'anus et mange avec appétit deux potages au tapioca.

Les jours suivants, on augmente peu à peu l'alimentation, de sorte que le 11 janvier la malade mange deux portions, et le 13 elle se lève et circule dans les salles. Depuis l'opération, la malade a pris tous les jours une cuillerée à café de magnésie pour vaincre sa constipation.

OBSERVATION VII

Resection pyloro-gastrique avec anastomose termino-latérale sur la face postérieure de l'estomac (Procédé de Kocher).

La femme L., âgée de 45 ans, cuisinière, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 24 novembre 1898, dans le service de M. le professeur Monprofit.

Son père est mort à 69 ans d'un cancer de l'estomac.

Il y a quatre ans, la malade a eu des vomissements alimentaires qui ont duré trois mois environ et qui ont disparu par le régime lacté. Cependant les douleurs qu'elle éprouvait au début de sa maladie ont persisté. Pendant les deux années qui ont suivi cette première attaque, la malade a eu des périodes d'amélioration de quelques mois.

Depuis le mois d'avril 1898, les douleurs vont en augmentant, les vomissements sont plus fréquents, la constipation plus opiniâtre. La malade a eu depuis ces quatre derniers mois trois hématomèses accompagnées de melaena. Depuis le mois de septembre, on a constaté une tumeur dans le flanc droit; cette tumeur est en plaque et lobulée.

La malade a beaucoup maigri, la veille de l'opération elle pesait 41 kilog. 300.

Opération (1^{er} décembre). — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'estomac très dilaté. Au niveau du pylore, on aperçoit un noyau assez volumineux, mobile et ne paraissant pas présenter dans la profondeur d'adhérences qui en empêchent l'ablation. On se décide à faire la pylorectomie. Les deux épiploons sont incisés au-dessus et au-dessous de l'estomac et quatre grandes pinces sont placées en dehors du néoplasme à environ cinq centimètres de distance. L'estomac est sectionné entre les pinces et fermé par un double surjet de soie fine. On procède alors à l'ablation de la tumeur qui est attirée à droite avec les pinces qui l'enserrent et disséquée à sa face profonde. Le duodenum est sectionné dans la par-

tie saine et rapprochée de la face postérieure de l'estomac d'après le procédé de Kocher. On fait un premier surjet sero-séreux, on ouvre l'estomac et l'on met un 2^e surjet muco-muqueux réunissant la muqueuse duodénale et la muqueuse de l'estomac. Un 3^e surjet réunit les muqueuses antérieures et les séreuses antérieures sont réunies par un 4^e surjet. Après la toilette des sutures et du péritoine, la cavité abdominale est fermée par un double plan de sutures.

Pendant les deux jours qui suivent les suites opératoires sont presque normales, mais dès le 3^e jour la température atteint 39° 5, le pouls devient petit, rapide et irrégulier.

Les jours suivants, l'état devient de plus en plus mauvais, et la malade meurt le 10 décembre 1898.

A l'autopsie, on constate, dès l'ouverture du ventre, une péritonite localisée à la face antérieure et à la face postérieure de l'estomac. Cette péritonite est due à ce que quelques points du surjet antérieur de l'abouchement ont lâché. Une fausse membrane semble recouvrir l'orifice formé en cet endroit.

OBSERVATION VIII

Resection partielle de l'estomac suivie d'anastomose termino-latérale sur la face antérieure.

M^{me} C..., âgée de 63 ans, atteinte de troubles gastriques depuis de longues années, a présenté à plusieurs reprises des hématemèses caractéristiques de l'ulcère stomacal. Depuis plusieurs mois, les vomissements sont demeurés incessants, et l'intolérance pour les aliments absolue. Les divers moyens médicaux employés, le régime lacté, etc., etc., sont restés impuissants; l'amaigrissement est considérable, les forces disparaissent de jour en jour et la fin semble prochaine. A la palpation, on trouve une volumineuse tumeur dans la région pylorique. Nous pensons à un cancer du pylore, peut-être développé sur une cicatrice d'ulcère ancien.

Opération. — Une fois le ventre ouvert, nous trouvons une

tumeur volumineuse, régulière, résistante, facile à attirer à l'extérieur et facile à isoler des organes voisins; pas d'engorgement ganglionnaire.

Malgré le mauvais état général, nous enlevons la tumeur selon la technique indiquée précédemment. Nous rapprochons ensuite le duodenum de l'extrémité stomacale suturée, et il nous semble que l'implantation pourra être faite sur la face antérieure près de la grande courbure sans tractions exagérées.

Les suites opératoires furent d'abord satisfaisantes pendant les quatre premiers jours; l'alimentation put se faire normalement et tout promettait une rapide guérison. Mais au bout de ce temps, il devint manifeste qu'une fuite s'était produite sur un point quelconque des lignes de suture, et la malade s'éteignit le huitième jour.

A l'examen nécropsique, nous pûmes constater :

- 1° L'intégrité de la suture terminale de l'estomac;
- 2° L'arrachement de la demi-circonférence antérieure de l'implantation intestinale. Les aliments avaient fusé dans l'abdomen et amené la fin.

Resections pyloro-gastrique avec anastomose termino-terminale.

OBSERVATION IX

Pylorectomie, pour sténose cicatricielle du pylore. Anastomose termino-terminale avec suture en raquette (Communication faite à l'Académie de Médecine par M. le Dr Monprofit, 26 décembre 1897).

Au mois d'avril 1893, Madame Anna R..., âgée de 27 ans, avait ingéré une certaine quantité (cent grammes environ) d'un liquide

caustique que nous supposons avoir été de l'acide chlorhydrique. Un médecin survint aussitôt, prescrivit un vomitif, une potion à la magnésie, et la fit transporter à l'hôpital Necker, où elle fut soignée dans le service du professeur Dieulafoy.

On pratiqua alors des lavages de l'estomac et on prescrivit le traitement usité en pareil cas.

Pendant les deux mois qui suivirent l'ingestion du caustique, les vomissements furent très fréquents, se répétant jusqu'à huit ou dix fois par vingt-quatre heures. A la fin du mois de juin, ils cessèrent et une alimentation légère put être supportée.

La malade quitta Paris le 4 juillet et rentra dans son pays, à Thouars. Les vomissements reparurent bientôt plus fréquents, se reproduisant, au dire de la malade, au moins vingt fois par jour. L'alimentation est presque nulle; les forces diminuent graduellement.

Au mois de septembre 1895, la malade est alitée, incapable de se lever ni de se mouvoir, et réduite à un état de maigreur effrayant. Lorsque les vomissements sont sur le point de se produire, une douleur vive survient à la région épigastrique et dans l'hypocondre gauche, et l'on voit en même temps cette région soulevée par une tumeur, dure et arrondie. Lorsque les vomissements ont eu lieu, cette tumeur, due à l'estomac distendu par les liquides ingérés, disparaît d'une façon complète.

La malade présente une constipation presque absolue; l'abdomen est rétracté et excavé en bateau; dans la région hypogastrique, la paroi abdominale touche la colonne vertébrale. Le poids, qui était autrefois d'environ cinquante-cinq kilogrammes, est descendu à trente-trois kilogrammes. Dans de pareilles conditions, il n'est pas difficile de penser qu'il existe un obstacle à l'orifice pylorique et qu'il est absolument urgent de l'aller lever, si nous ne voulons pas voir notre malade s'éteindre d'inanition.

L'opération est pratiquée, le 14 septembre 1895, à l'Hôtel-Dieu d'Angers. La narcose est faite au chloroforme, à dose excessivement faible, étant donné l'état inquiétant de débilité du sujet.

L'incision est faite sur la ligne médiane, à l'épigastre et à la région ombilicale. La paroi incisée, l'estomac paraît aussitôt énor-

mément dilaté, sa grande courbure très abaissée, le pylore manifestement beaucoup plus élevé que le point le plus déclive de la grande courbure.

Le pylore est mobile et facile à attirer à la plaie; il donne à la palpation la sensation d'un noyau induré et résistant. Je pensai d'abord qu'il me serait possible, après avoir incisé l'estomac, de dilater le pylore avec le doigt et que je n'aurais pas à l'enlever; je fis en conséquence une ponction sur la face antérieure de l'autre prépylorique, à deux travers de doigt environ du pylore, et j'agrandis l'incision avec des ciseaux, de façon à faire pénétrer mon index dans mon estomac.

Cherchant alors à pénétrer dans le pylore, je ne pus y parvenir, parce que l'orifice était manifestement induré et trop rétréci; je me décidai donc à en faire la résection: je prolongeai mon incision à travers le pylore, et lorsque je fus arrivé au duodénum souple et normal, je fis sauter la virole cicatricielle à coups de ciseaux. J'enlevai une longueur d'environ deux travers de doigt.

Les deux orifices stomacal et duodénal furent fixés par des pinces hémostatiques et légèrement soulevés vers la plaie pour éviter tout épanchement de matières dans le ventre, et le champ opératoire fut soigneusement protégé au moyen de compresses aseptiques.

Je procédai alors à la suture, réunissant avec des points séparés les diverses tuniques des intestins et de l'estomac, mettant du catgut sur la muqueuse et de la soie sur la musculo-séreuse; la réunion fut assurée d'une façon assez complète, ainsi que les suites me le prouvèrent. La forme donnée primitivement à mon incision en faisait, du côté de l'estomac, une véritable incision en raquette, et je pus ainsi suturer la partie horizontale, stomacale, de l'incision, de façon à avoir deux orifices à peu près égaux et faciles à coudre l'un avec l'autre. Le reste de l'intervention ne diffère en rien de toutes nos autres interventions sur l'abdomen.

L'intervention avait duré une heure cinq minutes; la malade avait bien supporté la narbose et, sauf deux ou trois efforts de vomissements qui nous avaient donné quelques ennuis pour protéger notre champ opératoire, tout s'était passé normalement.

Pendant les premiers jours, je ne fis administrer par la bouche

que quelques fragments de glace; la malade fut soutenue par des lavements nutritifs nombreux et par des injections sous-cutanées de serum artificiel.

Le troisième jour seulement, la malade commence à prendre quelques tasses de lait qu'elle supporte aisément. Le serum est encore administré en injections.

Le 18 septembre, l'alimentation liquide, lait, bouillon, est bien supportée; pas de vomissements.

Le 19 septembre, même régime; la quantité de liquide prise par la malade est abondante et peut être évaluée à environ deux litres dans les 24 heures.

Le 20 septembre, même régime.

Le 21 septembre, la malade se sent plus forte, l'aspect est meilleur; les joues sont déjà plus remplies; la soif est moins vive. On la pèse près de son lit; le poids est de 34 kilos 200.

Les 22, 23, 24 septembre, même régime, potage, bouillon, lait. La malade mange un peu de viande grillée qui est mal supportée et amène des douleurs d'estomac. La viande est supprimée.

Le 26, le poids est de 36 kilos. La malade se lève et se promène.

Le 1^{er} octobre, la malade recommence à manger un peu de viande et à boire du vin. Elle se lève presque toute la journée. Poids : 36 kilogrammes 500.

Le 20 octobre, la malade vit du régime commun, son poids est remonté à 39 kilogrammes. Elle quitte l'hôpital en excellente santé.

Au bout d'un an, son poids était remonté aux environs de cinquante kilogrammes; sa santé était bonne; l'alimentation se faisait normalement; elle était seulement obligée d'éviter la viande bouillie et certains légumes : choux, salades, etc., qui étaient mal digérés.

CONCLUSIONS

1° Dans les cas de tumeur de l'estomac, la résection sera tentée, toutes les fois que le permettront les conditions locales et générales du sujet.

2° En aucun cas, le procédé anastomotique ne devra commander l'étendue et la forme de la résection qui ne relèvent que du volume et des conditions du néoplasme.

3° Le procédé d'anastomose termino-terminal dit de Billroth (première manière), sera systématiquement rejeté, car il présente des dangers redoutables de perforation, inhérents au mode de suture en raquette.

4° Le chirurgien pourra recourir au procédé de Kocher dans les cas où la tumeur n'empiète pas sur le duodenum ; et quand, après une large résection du néoplasme, les moignons duodenal et gastrique pourront être rapprochés sans aucune difficulté.

5° Le procédé d'anastomose latérale, dit de Billroth (deuxième manière), est une méthode générale qui peut, à la rigueur être employée dans tous les cas, et qui a sa raison d'être après la plupart des résections.

La facilité relative de son exécution ; la liberté qu'elle laisse au chirurgien de réséquer aussi largement qu'il est nécessaire les parois de l'estomac, et de permettre, le cas échéant, de pratiquer la pylorectomie en deux temps, sont autant de raisons qui nous déterminent à considérer ce procédé comme le procédé de choix.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BULL. — (W I) on 3 cases of pylorectomy with enterostomy. *Medic. Rev. N. Y.*, 1891, t. I, p. 39.
- BILLROTH. — Deutsche Gesellsch. f. Chir., 1883, XIV, Congress. Resektion des Magens (*Wiener Medic.*) *Wochens Ch.*, n° 6, 1881.
- BEAUDOIN (M.), ET TESSIER. — La suture intestinale. Paris, 1898.
- CABLE ET FANTINO. — *Reforma Med.*, 23, 24, 25 Août 1897.
- CHAPUT. — De la pylorectomie. *Flandre Médicale*, 1894, 2 août, p. 241.
- CHENIEUX, M. (de Limoges). — Pylorectomie pour cancer, 12^e Congrès de Chirurgie.
- CZEIRNY. — Therapie der Krebsigen Stucturin des oesophagus, des Pylorus und du Rectum. *Berliner Klin. Woch.*, 1897, p. 712.
- DANGER (E.). — Thèse de Paris, 1898.
- DEFONTAINE. — *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1892, n° 1, p. 77.
- DOYEN. — *Arch. prov. de Chir.*, 1892, n° 1, p. 23.
- DOYEN. — *Chirurgie de l'estomac*. Paris, 1894, p. 282.
- DULAU. — De la pylorectomie dans les cancers de l'estomac. Thèse de Bordeaux, 1893, n° 68.
- FRANKE. — *Cent. bl. f. Chir.* Leipzig, 1897. Beilage, p. 98.
- GUINARD (A.). — *Traitement Chirurgical du cancer de l'estomac*. Paris, 1892.
- GUINARD (U.). — *La cure chirurgicale du cancer de l'estomac*. Thèse Paris, 1898.

- GRASER. — XXIV^e Congr. Société all. Chirurgie, 1895.
- GUEDJ. — Thèse de Paris, 1898.
- HACHER (Von). — Zur Casuistick und statisti den Magen resectionen und gastro enterostomien XIV^e Congrès de la société allemande de Chirurgie. Archiv. für Klinische Chirurgie. Berlin, 1895, t. XXXII, p. 616.
- HARTMANN ET TESSIER. — Chirurgie de l'estomac Résultats éloignés de la gastro-enterostomie. Revue de Chirurgie. Paris, Février et Mars 1899.
- HAHN. — Berlin Klin. Woch n° 48, p. 1096, 26 Nov. 1894.
- JABOULAY. — Resection du pylore. Archiv. prov. de Chir., 1892, juillet, n° 1.
- JONNESCO. — 10^e Congrès français de Chirurgie, p. 52 et 62, 1896. De l'emploi du bouton de Murphy.
- KOCHER. — Centralbl. f. Chir., 1891, n° 26, p. 117. Supplément.
- KOCHER. — Zur Tecknick und zu den Erfolgen des Magen resection Corresp. Blatt. f. Schweiz Aerzte, n° 20121.
- KRONLEIN. — Beitr. 3 Klin Chir., XV 2, p. 311, 1896.
- KUMMEL. — Arch. f. Klin. Chir. Berlin, t. LIII, p. 87.
- MAYO. — Med. Revue N. Y, 1894, t. II, p. 580.
- MUNE (R.-E). — Thèse de Paris, 1881.
- MONPROFIT. — 12^e Congrès de Chirurgie, 1898.
- MONPROFIT. — Société de Chirurgie, 16 Mars 1898.
- MONPROFIT. — Anjou Médical, Mai 1898.
- MONPROFIT. — Communication faite à l'Académie de Médecine le 26 décembre 1897.
- PEAN — Sur un cas de gastrectomie. Bull. de l'Académie de Médecine. Paris, 1897, 3^e sec., t. XXXVIII, p. 53.
- PEAN. — Diagnostic des tumeurs de l'abdomen, t. I, p. 517.
- PEUGNIEZ. — Arch. provinc. de Chirurgie. Mai 1894, p. 257.
- POIRIER — Société de Chirurgie, séance du 9 Mars.
- QUENU. — Deux observations du Traité chirurgical du cancer de l'estomac. Revue de Chirurgie, n° 10, p. 856, 1895.
- ROUX. — Notes sur les deux années de Chirurgie gastro-intestinales 12^e Congrès de Chirurgie.

- RYDYGIER. — Deutsche Gesellch. f. Chir. Berlin, 1881, t. X, 2^e partie, p. 28, 1^{er} Congress.
- RUTHERFORD MORISON. — Remarks on pyloroplasty. Brit. Med. London, 1868, t. I, p. 481.
- SOUPAULT. — Presse Médic., 18 Févr. 1899. Résultats éloignés de la gastro-enterostomie.
- TILLAUX. — Traité de Chirurgie, t. II, p. 127.
- TERRIER ET HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac. Observation d'une opération de cholécysto gastrostomie, pratiquée en 1895.
- TUFFIER. — Trois cas de resection pyloro-gastrique. Bull. Société de Chirurgie, XXIV, p. 245.
- TUHOLSKE. — Tche Medical News. Philad., 11 Mars 1893, p. 263.
- WEHR (Von). — Deutsch Zeitrohn f. Chir. Leipzig, 1882, p. 93.
- WÖFLER. — Zur resection Pylore. XVI^e Congrès de Chirurgie allemande.
- WOLFLER. — Proj. Mé t. Woch. 1896, t. XXI, 1, 234

